

Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad

Ana Fresán,¹ Rebeca Robles,² Marisol Cota,² Carlos Berlanga,¹ Dolores Lozano,³ Antonio Tena³

Artículo original

SUMMARY

Introduction

Perception of environment and reality stems mainly from factors determined by social and cultural influences. Several socialization processes promote the development of relations that endorse or reject certain values or identities. Unfortunately, many of these relations arise from prejudiced values that generate negative attitudes such as stigmatization or discrimination toward some persons.

According to psychosocial models, generation of stigma is a consequence of three aspects: lack of knowledge about the person's condition (ignorance); development of negative attitudes (prejudice) and a tendency to exclude or reject some individuals (discrimination). Particularly, in mental health problems, general public knowledge of severe mental illnesses such as schizophrenia frequently develops in accordance to myths and misconceptions. For example, schizophrenics are commonly viewed as mad and incompetent individuals that produce fear and rejection. These erroneous conceptions originate from considering that they are incapable of controlling their acts, thus giving rise to aggressive, violent or dangerous conducts. Stigmatization impacts patients increasing depressive symptoms, anxiety and social withdrawal. Stigma also has a negative impact on diagnosis and treatment; timely diagnostic interventions and specialized treatments are frequently delayed in stigmatized individuals.

Although it is reasonable to anticipate that stigmatization attitudes are more common among persons with low cultural levels, many studies have demonstrated that unfortunately this problem is also present in many health professionals, including those who work with the mentally ill. For these reasons different attempts have developed to reduce stigma by means of mental health literacy interventions oriented to modify and eliminate misconceptions about mental patients and their illness. In this sense, mental health literacy is defined as any educational intervention aimed to increase recognition, management and prevention of mental illness. Many studies have demonstrated that this type of interventions have a positive impact in reducing negative attitudes toward patients, diminishing in consequence treatment gap.

In accordance to this theoretical framework, the principal objective of this study was to evaluate in a group of female psychology students, their attitudes toward mental illness determining their perception of danger and aggressiveness in a schizophrenic patient. We

hypothesized that perception of dangerousness and aggressiveness will correlate with more negative attitudes to mental illness. Additionally, we compared attitudes to severe mental illness according to other variables related to mental health literacy such as knowledge of etiology of illness and treatment options, among female student in their first half of their career and female student in their second half. We hypothesized that advanced student will have a higher level of mental health literacy and less negative attitudes to mental illness.

Method

A total of 110 female psychology students from a university in Mexico City were included in the study. Group's mean age ($\pm$ SD) was 21.6 (1.7) years (range 19-33 years). All subjects gave their consent to participate in a voluntary and anonymous manner. Sixty five students (59.1%) were at the initial half-stage of their career (1st to 5th semester), and forty five (40.9%) were at their last half-stage (6th to 10th semester). The study was approved by the Institutional Research and Ethical Committees (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente), and by the university's authorities.

The Opinions about Mental Illness Scale (OMI), previously translated and standardized in our country (OMI-M), was used to evaluate personal attitudes toward severe mentally ill persons. OMI-M is a 34-item self-report questionnaire which evaluates attitudes utilizing a 5-points Likert scale procedure (1 = totally disagree; 5=totally agree). Evaluation includes six factors: 1. Separatism, which emphasizes the persons' perceived differences about a mental disorder and the desire of keeping a distance to be safe; 2. Stereotyping, defined as conceiving mentally ill persons in accordance to certain behavioral and intellectual patterns; 3. Restrictiveness, which includes items that uphold an uncertain notion regarding the rights of mentally ill persons; 4. Benevolence, which evaluates compassion to the mentally ill; 5. Pessimistic prediction, referring to the perception that mentally ill persons are incapable of improving on their symptoms and how society is also not optimistic in this respect; 6. Stigmatization, build upon items that perceive mental illness as a cause of shame.

The Public Aggressiveness Concept Questionnaire, a self-rated instrument was also applied in the study. This questionnaire evaluates the perception of aggressiveness after reviewing a standardized clinical vignette of a patient with an active paranoid schizophrenia. The reviewer is asked to answer questions regarding the identification of aggressive conduct in the vignette, including the presence and

¹ Subdirección de Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRFM).

² Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (INPRFM).

³ Facultad de Psicología. Universidad Iberoamericana, México.

Correspondencia: Dra. Rebeca Robles García. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, DF. E-mail: reberobles@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 12 de abril de 2011. Segunda versión: 31 de octubre de 2011. Aceptado: 14 de noviembre de 2011.

intensity of verbal and physical violence. In another section, the way symptoms could be controlled is evaluated. Additional questions are included in the final section of the questionnaire aimed to evaluate concepts such as if the reviewer considers that the person in the vignette has a mental illness, what causes might originate this condition, and if he or she perceives the subject as socially dangerous.

Data analysis was carried utilizing the SPSS, version 17.0, statistical program. Categorical variables description was done with rates and percentages; continuous variables were analyzed with means and standard deviation.

Results

Ninety-five percent of students ($n=105$) recognized the presence of a mental illness in the vignette. However, only seventy-eight (70.9%) considered psychiatric treatment (medication and/or hospitalization) as the most adequate intervention. Twenty-seven students (24.5%) determined that a non-psychiatric/non-restrictive intervention was the best treatment. Finally, only five subjects (4.5%) considered a restrictive intervention (restrain, isolation) as necessary to treat the condition. With respect to etiological aspects, students could choose one or more options that they considered were causing the illness. Global biopsychosocial etiologies as well as single medical, psychological and even familiar problems were attributed by a high percentage of the students as the cause of the condition.

Sixty-five students (59.1%) determined that the individual described in the vignette could be aggressive in some way but only 14 (12.7%) considered the patient dangerous to society. Students that perceived aggressiveness qualified higher in restriction, pessimistic prediction and global scores of the OMI-M, indicating more negative attitudes to mental illness. No differences in mental health literacy and perception of aggression and dangerousness were found among students in the first and second stages of their studies.

Discussion

These findings show that a high percentage of psychology students considered the patient depicted in the vignette as aggressive. This conception, as expected, related to more negative attitudes and a prediction of a negative outcome. Also, many students perceived the patient as someone with limited capacities and a rare behavior generating thus the necessity of social isolation. Although these findings are impossible to be generalized to other groups of students, they suggest the need to include an educational program in the curricula to provide clear and objective information about aspects related to mental illness and stigma.

Key words: Attitudes, psychology students, aggression, stigma, schizophrenia.

RESUMEN

Introducción

El temor y el rechazo han sido las principales actitudes negativas hacia las personas con trastornos mentales graves como la esquizofrenia. Éstas surgen de la percepción pública de que los pacientes no tienen control sobre su comportamiento y son agresivos, violentos y/o peligrosos; tienen un impacto directo en las personas que padecen esquizofrenia y sus familiares, y aun cuando podría esperarse lo contrario, diversos estudios han mostrado que los profesionales de la salud en general, y de la salud mental en lo particular, muestran actitudes negativas hacia los pacientes con esquizofrenia.

Diversos estudios internacionales han demostrado que las campañas dirigidas a incrementar la alfabetización en salud mental (ASM) son efectivas para modificar las actitudes negativas hacia las personas con trastornos mentales. Sin embargo, las necesidades de ASM pueden tener variaciones locales, por lo que resulta necesario conocer las actitudes hacia la enfermedad mental y los factores aso-

ciados a las mismas en las poblaciones blanco a las que se dirigirán las campañas antiestigma en una región particular.

En esta dirección, el objetivo principal del presente estudio fue comparar las actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con trastornos mentales graves de acuerdo a la agresividad y peligrosidad percibida de un paciente con esquizofrenia. Adicionalmente, las actitudes hacia las personas con trastornos mentales graves así como las variables relacionadas con la alfabetización en salud mental se comparan entre las mujeres que cursaban la primera mitad de la licenciatura en psicología y aquellas que cursaban la segunda mitad.

Método

Se incluyó un total de 110 mujeres con una edad promedio de 21.6 ± 1.7 años, estudiantes de la licenciatura en psicología de una universidad de la zona metropolitana de la Ciudad de México que aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria y anónima. El 59.1% ($n=65$) se encontraba cursando la primera mitad de la licenciatura (del 1° al 5° semestre) y el 40.9% ($n=45$) restante, la segunda mitad (del 6° al 10° semestre).

El total de la muestra completó la Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental en Población Mexicana (OMI-M) para determinar las actitudes hacia las personas con trastornos mentales graves, así como el Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA), que valora el concepto público de agresividad del paciente con esquizofrenia con base en la presentación de una viñeta clínica de un paciente con esquizofrenia paranoide.

Resultados

El 95.5% ($n=105$) de las estudiantes reconocieron la presencia de una enfermedad mental en la viñeta clínica. No obstante, tan sólo el 70.9% ($n=78$) consideró las intervenciones psiquiátricas como las más adecuadas para el control de los síntomas.

El 59.1% ($n=65$) de las estudiantes consideró que el sujeto descrito en la viñeta podría ser agresivo de alguna forma y tan sólo 12.7% ($n=14$) lo calificó como peligroso para la sociedad. Las estudiantes que percibieron agresivo al paciente de la viñeta mostraron mayores puntajes en las áreas de restricción, predicción pesimista y en la puntuación total del OMI-M. De forma similar, aquellas que consideraron peligroso al paciente tuvieron mayores actitudes negativas en términos de separatismo, estereotipos y puntuación total del OMI-M.

No se encontraron diferencias en las variables de alfabetización en salud mental (reconocimiento de la enfermedad, causas atribuibles y tratamiento sugerido), ni en la percepción de agresión y peligrosidad, ni en cuanto a las diferentes áreas evaluadas por el OMI-M entre alumnas que cursaban la primera mitad de la licenciatura en psicología y aquellas que cursaban la segunda mitad.

Discusión

Un alto porcentaje de estudiantes de psicología consideró agresivo al paciente descrito en la viñeta, y tal como se esperaba, esta concepción se relacionó con mayores actitudes negativas, tales como mayor nivel de restricción y de predicción pesimista. Adicionalmente, la percepción de la persona con enfermedad mental como alguien con capacidades limitadas y comportamiento extraño parece promover la distancia social.

Tanto la percepción de agresión como la de peligrosidad y las actitudes negativas asociadas en esta muestra nos hablan del poco entendimiento que pudieran tener los estudiantes de psicología en relación con las experiencias vividas por los pacientes. Aun cuando nuestros resultados no pueden ser generalizados al total de los estudiantes de psicología del país, es posible sugerir la inclusión al currículo educativo de información clara y objetiva sobre aspectos psicosociales de la enfermedad –estigma y actitudes hacia la enfermedad– y no sólo aspectos teóricos sobre la fisiopatología del trastorno

y características sintomáticas del padecimiento; así como el contacto regular, tanto hospitalario como comunitario, con los pacientes.

Palabras clave: Actitudes, estudiantes de psicología, agresión, estigma, esquizofrenia.

INTRODUCCIÓN

La forma en la que percibimos el mundo, nuestras creencias, opiniones y actitudes son determinadas en buena medida por los patrones del grupo social al que pertenecemos.¹ El proceso de socialización permite el establecimiento de relaciones que promueven o inhiben la formación de valores e identidades particulares.² Desafortunadamente, muchas de estas concepciones se conforman a partir de valores negativos que conducen a la estigmatización y discriminación de ciertas personas.

La palabra estigma hace referencia a una marca que usualmente genera actitudes negativas hacia aquel que la presenta.³ El estigma se concibe como la combinación de tres problemas centrales: la falta de conocimiento acerca del fenómeno o persona en particular (ignorancia), la generación de actitudes negativas hacia el mismo (prejuicio) y la evitación o exclusión de la persona (discriminación).⁴⁻⁶

En el área de la salud mental el público general ha sido expuesto a las enfermedades mentales –en particular a las más graves como la esquizofrenia– mediante mitos, estereotipos y creencias tradicionales. Ejemplo de lo anterior se observa en el papel primario que ha tenido la esquizofrenia en los medios masivos de comunicación como el paradigma de la “locura” y la incompetencia.^{7,8} A lo largo del mundo las principales actitudes hacia las personas que padecen esta enfermedad han sido el temor y el rechazo, que surgen principalmente de la percepción pública de que los pacientes no tienen control sobre su comportamiento¹ y son agresivos, violentos y/o peligrosos.⁹⁻¹³

Estas concepciones tienen un impacto directo en los pacientes y sus familiares. El estigma de agresión o peligrosidad de los pacientes se asocia con el desarrollo de cuadros depresivos, una mayor ansiedad y aislamiento social, disminución de la autoestima y menores oportunidades de empleo.¹⁴ Además impacta negativamente en el diagnóstico y tratamiento del padecimiento pues reduce las probabilidades de búsqueda temprana de atención especializada,¹⁵ lo que empeora el pronóstico clínico e incrementa el riesgo de exclusión y la vulnerabilidad de los pacientes. Pero ¿qué tan adecuada es esta percepción pública de agresión y peligrosidad (PAP)?

AGRESIÓN, ENFERMEDAD MENTAL Y ESQUIZOFRENIA

De forma general, los criminalistas han asumido que los trastornos mentales no son una causa significativa del crimen y la violencia. Aunque en poblaciones de prisioneros predominan la personalidad antisocial y el abuso de alcohol y drogas,

el índice de personas con esquizofrenia, trastorno bipolar y otras enfermedades psiquiátricas es mucho menor.¹⁶

En el caso particular de la esquizofrenia, la proporción de conductas violentas que pueden serle atribuidas es baja¹⁷ y similar a la que presenta la población general.¹⁸ Además se ha reportado que los pacientes con esquizofrenia tienen menores probabilidades de cursar por un proceso legal, ser sentenciados y encarcelados debido a que, en su mayoría, no tienen antecedentes criminales¹⁹ y las agresiones cometidas no son de gravedad²⁰ y no son reportadas a las instancias legales pertinentes.²¹

Desde esta perspectiva, cualquier incremento en la comisión de actos violentos por parte de los pacientes psiquiátricos,^{22,23} incluyendo la esquizofrenia,²⁴⁻²⁵ es producto de la presencia de los factores de riesgo para la agresión comunes a la sociedad en su conjunto, y no debido a la enfermedad mental *per se*.

PAP Y ESTIGMA EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Aun cuando podría esperarse que las personas que carecen de información objetiva acerca de los trastornos mentales sean las que estigmatizan y discriminan a quienes padecen un trastorno mental, diversos estudios han mostrado que los profesionales de la salud no son la excepción.²⁶⁻²⁹ Incluso aquellos dedicados a la salud mental muestran actitudes negativas hacia los pacientes con esquizofrenia.²⁶ Por esta razón, los esfuerzos actuales para reducir el estigma se concentran en tales poblaciones en lo particular, por medio de lo que se ha dado por denominar “alfabetización en salud mental (ASM)”.

La ASM se define como la adquisición de conocimientos y creencias que mejoran el reconocimiento, manejo y prevención de las enfermedades mentales.³⁰ Diversos estudios internacionales han demostrado que las campañas dirigidas a incrementar la ASM son efectivas para modificar las actitudes negativas hacia las personas con trastornos mentales,³¹ lo que habrá de impactar en la reducción de la tan importante brecha de su tratamiento y en una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares. Empero, las necesidades de ASM pueden tener variaciones locales por lo que resulta necesario conocer las actitudes hacia la enfermedad mental y los factores asociados a las mismas en las poblaciones blanco a las que se dirigirán las campañas antiestigma en una región particular.

De entre los estudiantes y profesionales de la salud mental que menor contacto tienen con la población psiquiá-

trica grave (y por tanto mayor probabilidad de generar actitudes basadas en prejuicios) destacan los estudiantes de psicología, y son justamente las mujeres quienes presentan mayor PAD, lo que a su vez se asoció con la selección de tratamientos más restrictivos para los pacientes.³²

En esta dirección, el objetivo del presente estudio fue comparar las actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con trastornos mentales graves de acuerdo a la Percepción de Agresividad y Peligrosidad (PAP) de un paciente con esquizofrenia. La hipótesis central es que aquellas alumnas que perciban al paciente como agresivo y/o peligroso presentarán más actitudes negativas hacia la enfermedad mental.

Adicionalmente se compararon las actitudes hacia las personas con trastornos mentales graves así como las variables relacionadas con la alfabetización en salud mental (reconocimiento, causas de la enfermedad y tratamiento sugerido) y PAP entre las mujeres que cursaban la primera mitad de la licenciatura en psicología y aquellas que se encontraban en la segunda mitad de la carrera.

MÉTODO

Participantes

Se incluyeron a estudiantes de la licenciatura en psicología de una universidad privada de la zona metropolitana de la Ciudad de México que aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria y anónima.

El presente estudio fue aprobado por los Comités de Ética y de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y por las respectivas autoridades de la Universidad en la que se realizó el estudio.

Instrumentos

La Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental (Opinions about Mental Illness-OMI)³³ en población mexicana (OMI-M) fue utilizada para la evaluación de las actitudes hacia las personas con trastornos mentales graves. El OMI-M consta de 34 reactivos que se califican en una escala Likert de cinco puntos (1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo) y que evalúan seis factores: 1) separatismo, enfatiza las diferencias percibidas de las personas con un trastorno mental y el deseo de mantener distancia de ellos para estar a salvo; 2) estereotipos, define a las personas con trastornos mentales dentro de un patrón de comportamiento y de cierta capacidad intelectual; 3) restricción, integrada por reactivos que sostienen un punto de vista incierto acerca de los derechos de las personas con trastornos mentales; 4) benevolencia, evalúa la compasión hacia las personas con trastornos mentales; 5) predicción pesimista, que se refiere a la percepción de que las personas con trastornos mentales

no pueden presentar mejoría en sus síntomas y de cómo la sociedad tampoco es optimista al respecto y 6) estigmatización, compuesto por reactivos que perciben a los trastornos mentales como motivo de vergüenza y como algo que debe de ser ocultado.

La traducción-retraducción y adaptación cultural del instrumento fue llevada a cabo por dos traductores independientes, profesionales de la salud mental y con amplia experiencia en las áreas de clinimetría y evaluación psicológica y psiquiátrica. El OMI-M mostró una adecuada confiabilidad para la realización del presente estudio, con un alfa de Cronbach de 0.77.

El Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA) es un instrumento autoaplicable que valora la PAD del paciente con esquizofrenia, con base en la presentación de una viñeta clínica de un paciente varón con esquizofrenia paranoide con síntomas psicóticos activos (p ej., alucinaciones auditivas, delirios de referencia, evitación social activa).

A partir de la información de la viñeta se le solicita al entrevistado que conteste preguntas en relación al probable comportamiento agresivo que pudiera tener el paciente descrito. Se valora la presencia y gravedad de la agresión verbal, la agresión autodirigida, la agresión hacia objetos y la agresión heterodirigida.

La última pregunta de esta sección evalúa la forma en la que los síntomas descritos pudieran controlarse. Para completar el cuestionario se incluyen preguntas adicionales que están dirigidas a evaluar, en una escala tipo Likert (totalmente en desacuerdo-totalmente de acuerdo), si el entrevistado considera que el paciente descrito en la viñeta clínica padece alguna enfermedad mental, las causas que originan los síntomas, y si el entrevistado considera que el paciente descrito es peligroso para la sociedad.³⁴

El estudio de las propiedades psicométricas del CPA en mujeres y hombres mexicanos demostró que se trata de una medida válida y confiable.³⁴

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17.0. La descripción de las variables incluidas en el estudio se realizó con frecuencias y porcentajes en el caso de las categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las continuas. Como pruebas de hipótesis se utilizaron Chi Cuadrada (χ^2) para contrastes categóricos y "t" de Student para comparaciones de variables continuas. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 110 mujeres con una edad promedio de 21.6 ± 1.7 años (rango=19-33 años).

Cuadro 1. Causas atribuibles a los síntomas descritos en la viñeta clínica

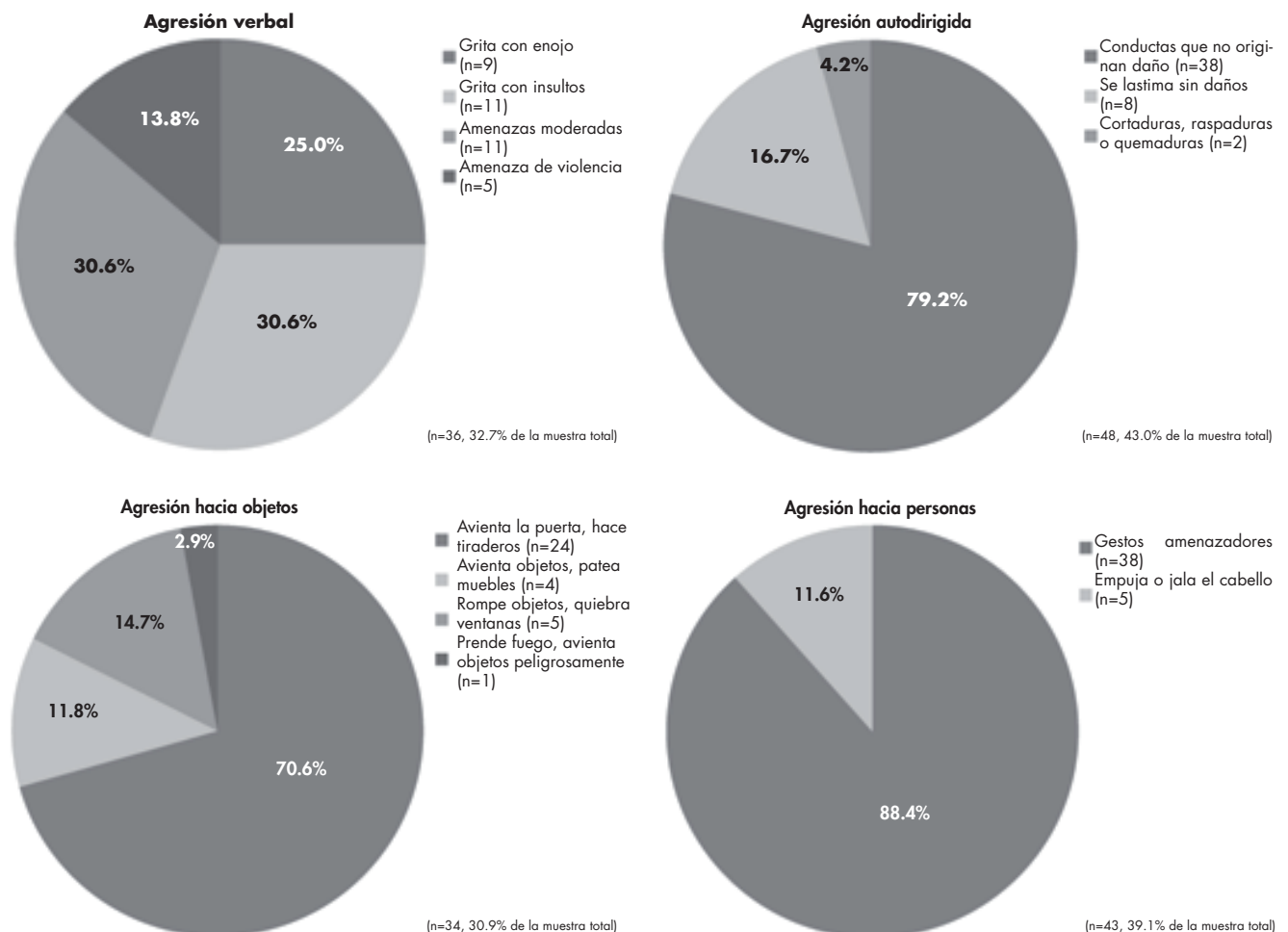
Causa	n	%
Debilidad de carácter	11	10.0
Problemas familiares	38	34.8
Problema médico	63	57.3
Dificultades psicológicas	85	77.3
Problema biológico-social-personal	100	90.9

a) *Reconocimiento, tratamiento sugerido y causas atribuibles de la enfermedad.* El 95.5% (n=105) de las estudiantes reconocieron la presencia de una enfermedad mental en la viñeta clínica. No obstante, tan sólo el 70.9% (n=78) de ellas consideraron las intervenciones psiquiátricas (p.ej., medicamentos, hospitalización) como las más adecuadas para el control de los síntomas, seguido por intervenciones no-psiquiátricas/no-restrictivas (p.ej., se tranquiliza solo, platicar con el sujeto, vigilarlo) que fueron consideradas como las más adecuadas por el 24.5% (n=27) de las estudiantes y finalmente, el 4.5% (n=5) consideró las intervenciones restrictivas (p.ej., aislamiento, sujeción, tratamiento médico por lesiones).

En la valoración de las causas que originaban los síntomas, las estudiantes podían elegir todas aquellas opciones que consideraran adecuadas. La etiología biopsicosocial de los síntomas, así como la atribución exclusivamente psicológica, médica e incluso familiar fueron concebidas como causas de la enfermedad por una elevado porcentaje de la muestra (cuadro 1).

b) *Percepción de agresión y peligrosidad (PAP).* El 59.1% (n=65) de las estudiantes consideró que el sujeto descrito en la viñeta podría ser agresivo de alguna forma y tan sólo 12.7% (n=14) lo calificó como peligroso para la sociedad. En la figura 1 se muestra la intensidad de los diferentes tipos de agresión percibidos por las estudiantes.

c) *Actitudes hacia las personas con trastornos mentales graves.* Las estudiantes que percibieron agresivo al paciente de la viñeta mostraron mayores puntajes en las áreas de restricción, predicción pesimista y en la puntuación total del OMI-M, indicativo de mayores actitudes negativas hacia las personas con enfermedades mentales. En congruencia, aquellas que consideraron al paciente peligro-

**Figura 1.** Características de la agresión percibida en el paciente con esquizofrenia.

Cuadro 2. Actitudes hacia las personas con trastornos mentales graves de acuerdo a la percepción de agresión y peligrosidad

OMI-M	Percepción de agresión				Estadística
	Sin (n=45)		Con (n=65)		
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Separatismo	21.0	4.1	20.7	4.4	t=0.2, 108gl,p=0.77
Estereotipos	9.2	2.3	9.2	2.8	t=-0.07, 108gl,p=0.93
Restricción	7.4	2.4	8.7	2.9	t=-2.4, 108gl,p=0.01
Benevolencia	16.6	3.1	17.1	3.2	t=-0.7, 108gl,p=0.43
Predicción pesimista	12.4	2.6	14.4	3.2	t=-3.4, 108gl,p=0.001
Estigmatización	6.7	1.7	7.1	2.0	t=-1.1, 108gl,p=0.27
OMI-M Total	73.4	8.7	77.5	11.8	t=-2.0, 108gl,p=0.04

OMI-M	Percepción de peligrosidad				Estadística
	Sin (n=96)		Con (n=14)		
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Separatismo	20.3	4.0	24.5	4.6	t=-3.5, 108gl,p=0.001
Estereotipos	9.0	2.6	10.6	2.4	t=-2.1, 108gl,p=0.03
Restricción	8.0	2.7	9.5	3.2	t=-1.8, 108gl,p=0.06
Benevolencia	17.0	3.1	16.6	3.4	t=0.3, 108gl,p=0.70
Predicción pesimista	13.5	3.2	13.9	2.6	t=-0.3, 108gl,p=0.70
Estigmatización	6.9	1.9	7.1	1.7	t=-0.3, 108gl,p=0.69
OMI-M Total	74.9	10.8	82.4	8.7	t=-2.4, 108gl,p=0.01

so tuvieron mayores actitudes negativas en términos de separatismo, estereotipos y puntuación total del OMI-M. Estos resultados se pueden observar en el cuadro 2.

- d) *Alfabetización en salud mental, PAD y actitudes hacia las personas con trastornos mentales de acuerdo al tiempo cursado de la licenciatura.* El 59.1% (n=65) de las estudiantes, con una edad promedio de 21.1±1.8 años, cursaba la primera mitad de la licenciatura (del 1° al 5° semestre); y el 40.9% (n=45) restante, con 22.3±1.4 años de edad, se encontraba en la segunda mitad (del 6° al 10° semestre).

No se encontraron diferencias en las variables de alfabetización en salud mental (reconocimiento de la enfermedad, causas atribuibles y tratamiento sugerido), en la PAD, ni en las actitudes negativas evaluadas entre las alumnas que cursaban la primera mitad de la licenciatura en psicología y aquellas que cursaban la segunda mitad (cuadro 3).

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue comparar las actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con trastornos mentales graves de acuerdo a la percepción de su agresividad y peligrosidad.

Percepción de Agresión y Peligrosidad (PAP)

Tanto el concepto de agresión como el de peligrosidad son un aspecto central del estereotipo que se ha formado de los individuos con esquizofrenia.³⁵ Aun cuando la mayoría de

las estudiantes presentó un intensidad de leve a moderada de agresividad, ésta resultó mayor que la reportada por la muestra comunitaria empleada en el estudio de validación del CPA.²³ Tal diferencia pudiera explicarse, entre otras cosas, por la discrepancia de características sociodemográficas potencialmente asociadas con el estigma hacia las personas con trastornos mentales, como el nivel socioeconómico, la escolaridad y el género.³⁶

Empero, también podría deberse al hecho de que en nuestra muestra se incluyeron estudiantes de la carrera de psicología. Aunque pueda parecer contradictorio, se ha reportado que la formación médica puede reforzar los conceptos que estigmatizan a este tipo de pacientes.³⁷ Es posible suponer pues que la educación en psicopatología brindada por la licenciatura en psicología esté ejerciendo el mismo efecto y que el hecho de brindar información sobre los trastornos mentales (sin otras estrategias dirigidas al contacto con los mismos) esté incrementando el estigma en lugar de disminuirlo. Por otro lado, hay que considerar que este tipo de miedos (y otros sentimientos profundos) podrían ser más frecuentes o intensos entre quienes deciden dedicarse a la salud mental. Tales hipótesis deberán ser abordadas en futuros estudios *ex profeso* para determinar el impacto de estas variables sobre la percepción de agresión del paciente con esquizofrenia.

PAP y actitudes negativas hacia los pacientes

En tanto la PAP constituye parte importante del estigma hacia las personas con un trastorno mental, es esperable que se vin-

Cuadro 3. Reconocimiento, atribución causal, tratamiento sugerido, PAD y actitudes hacia las personas con trastornos mentales graves de acuerdo al tiempo cursado de la licenciatura

	Licenciatura				Estadística
	Primera mitad (n=65)		Segunda mitad (n=45)		
	n	%	n	%	
Reconocimiento					
de la enfermedad mental	62.0	95.4	43.0	95.6	$\chi^2=0.002, 1\text{gl}, p=0.96$
Causas atribuibles:					
Debilidad carácter	9.0	13.8	2.0	4.4	$\chi^2=2.6, 1\text{gl}, p=0.10$
Familiar	26.0	40.0	12.0	26.7	$\chi^2=2.0, 1\text{gl}, p=0.14$
Médico	34.0	52.3	29.0	64.4	$\chi^2=1.6, 1\text{gl}, p=0.20$
Psicológico	48.0	73.8	37.0	82.2	$\chi^2=1.0, 1\text{gl}, p=0.30$
Biológico/social/personal	59.0	90.8	41.0	91.1	$\chi^2=0.004, 1\text{gl}, p=0.95$
Tratamiento sugerido:					
No-psiquiátricas	14.0	21.5	13.0	28.9	$\chi^2=0.7, 2\text{gl}, p=0.67$
Psiquiátricas	48.0	73.8	30.0	66.7	
Restrictivas	3.0	4.7	2.0	4.4	
Percepción de agresividad	40.0	61.5	25.0	55.6	$\chi^2=0.3, 1\text{gl}, p=0.53$
Percepción de peligrosidad	10.0	15.4	4.0	8.9	$\chi^2=1.0, 1\text{gl}, p=0.31$
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Separatismo	20.9	3.9	20.7	4.8	$t=0.1, 108\text{gl}, p=0.87$
Estereotipos	9.4	2.6	8.9	2.5	$t=1.1, 108\text{gl}, p=0.27$
Restricción	8.3	2.9	8.0	2.7	$t=0.6, 108\text{gl}, p=0.51$
Benevolencia	17.0	3.3	16.8	2.9	$t=0.4, 108\text{gl}, p=0.67$
Predicción pesimista	13.9	3.4	13.1	2.7	$t=1.3, 108\text{gl}, p=0.16$
Estigmatización	7.1	2.1	6.7	1.6	$t=1.1, 108\text{gl}, p=0.27$
OMI-M Total	76.9	11.0	74.3	10.4	$t=1.2, 108\text{gl}, p=0.22$

culé con el incremento de las actitudes negativas hacia los mismos. Nuestros hallazgos apoyan claramente esta suposición y la evidencia generada en torno a ella;³⁸ las estudiantes con estigma de agresión hacia el paciente presentaron un mayor nivel de restricción y de predicción pesimista como actitudes negativas hacia las personas con una enfermedad mental; consideran que el paciente agresivo no debe tener derecho a formar una familia propia, que difícilmente logrará tener amistades y que, debido a su padecimiento, no podrá integrarse de forma adecuada a la comunidad a la que pertenece, aun cuando se encuentre bajo tratamiento especializado.

Por su parte, se observaron mayores puntuaciones de separatismo y estereotipos en las estudiantes que presentaron estigma de peligrosidad. Esto parece indicar que la percepción de la persona con enfermedad mental como alguien con capacidades limitadas y comportamiento extraño promueve la distancia social.³⁹ Esta última se define como el deseo de establecer un vínculo o relación con diferentes niveles de cercanía con una persona.⁴⁰ Mucho se ha descrito acerca de la asociación entre una mayor distancia social y el estigma de peligrosidad asociado con el paciente con esquizofrenia,^{11,41-44} relación que no fue la excepción en las estudiantes de psicología, mismas que, en contraste con la población general, tendrán más posibilidades de estar en

contacto de forma directa con personas afectadas con esquizofrenia y de modificar de manera importante sus oportunidades de atención especializada oportuna.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de PAD y actitudes negativas asociadas nos hablan de posibles problemas en la comprensión de las experiencia vital de los pacientes con esquizofrenia por parte de los estudiantes de psicología.³⁹ Al parecer, cuando los síntomas del padecimiento son descritos en una viñeta, los temores de las personas se exacerban al ser experiencias desconocidas, incluso cuando dentro de esta viñeta no se haga mención alguna de comportamientos agresivos o violentos por parte del paciente.¹¹

Aun más, de acuerdo al nivel de formación académica sería esperable que los estudiantes de las profesiones de la salud mental tuvieran una visión más objetiva de los trastornos mentales graves como la esquizofrenia.⁴⁵ Sin embargo, nuestros resultados apoyan lo observado en otros estudios en los que se constata que los estudiantes en formación en el área de la salud mental perciben al paciente con esquizofrenia como agresivo y, en menor medida, peligroso para la sociedad.^{26,27}

El patrón de respuesta observado entre las estudiantes de la primera mitad de la licenciatura y aquellas que cursaban la segunda mitad fue similar tanto en las variables relacionadas con la alfabetización en salud mental, como en la PAD y en las actitudes negativas hacia la enfermedad. Así, parece ser que la educación profesional sobre las enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, no se asocia con cambios en las actitudes negativas que existen sobre el padecimiento. Adicionalmente, el escaso contacto que las estudiantes tienen con pacientes con esquizofrenia (cuando llega a darse) se desarrolla en un ambiente hospitalario, manteniéndose el estatus de paciente-profesional de la salud ante un paciente que generalmente se encuentra en algún episodio agudo de la enfermedad.

Limitaciones y sugerencias

Aun cuando nuestros resultados no pueden ser generalizados al total de los estudiantes de psicología de nuestro país (dado el tamaño y tipo de muestra del que derivan), podemos observar que es importante que dentro del currículo educativo se incluya información clara y objetiva sobre aspectos psicosociales de la enfermedad –estigma (sobre todo el de agresividad o peligrosidad) y actitudes negativas hacia los pacientes y sus familiares– y no sólo aspectos teóricos sobre la fisiopatología del trastorno y sobre sus características sintomáticas.

Además es necesario promover el contacto regular con los pacientes. Idealmente, éste no debe darse exclusivamente en ámbitos psiquiátricos y ante episodios agudos de la enfermedad. Para ello será necesario continuar con los esfuerzos para lograr que la rehabilitación comunitaria de las personas con trastornos mentales graves sea una realidad cotidiana en nuestro país.

En la escuela de psicología donde se llevó a cabo este estudio, como en la mayoría de las que existen en nuestro país, la formación en psicopatología, aunque comienza desde los primeros semestres (a modo de tronco común) se basa en aspectos teóricos y la práctica en hospitales psiquiátricos en donde es posible el contacto con pacientes graves no es obligatoria para todos los alumnos, incluso entre aquellos que optan por el subsistema clínico.

Por otra parte, se sugiere la evaluación de la PAD y su relación con las actitudes negativas hacia las personas con trastornos mentales en otros grupos blanco de estudiantes y profesionales de la salud como enfermeras, trabajadoras sociales y médicos generales incluso especialistas, que tienen un contacto más frecuente con este tipo de pacientes.

Esto permitirá constatar la necesidad de incorporar elementos para la disminución de la PAD y la modificación de actitudes negativas en las campañas antiestigma que se dirijan a estos grupos, incluyendo por supuesto a los estudiantes de psicología. Cabe señalar que, de acuerdo a evidencia generada en nuestro contexto, las estrategias que podrían

resultar de utilidad para tales propósitos son, al menos: i) la psicoeducación acerca de la prevalencia real de actos agresivos o violentos de los pacientes con esquizofrenia, de los factores asociados a los mismos y de las medidas efectivas para su prevención o manejo; ii) el contacto directo o indirecto (testimonial presencial o en video) con los pacientes y sus familias.⁴⁶

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto se realizó con el apoyo de Recursos para la Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud, anexo 10 del Presupuesto de Egresos Federales 2010.

REFERENCIAS

1. García-Silberman S. Attitudes toward mental illness and psychiatry: Preliminary results. *Salud Mental* 1998;21:40-50.
2. Ellemers N, Spears R, Doosje B. Self and social identity. *Annu Rev of Psychol* 2002;53:161-186.
3. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry* 2007;190:192-193.
4. Corrigan P. On the stigma of mental illness. Washington, D.C: American Psychological Association; 2005.
5. Rose D, Thornicroft G, Pinfold V, Kassam A. 250 labels used to stigmatize people with mental illness. *BMC Health Serv Res* 2007;7:97.
6. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
7. Nedopil N. Violence of psychotic patients: how much responsibility can be attributed? *Int J Law Psychiatry* 1997;20:243-247.
8. Walsh E, Fahy T. Violence in society. *BMJ* 2002;325:507-508.
9. Fresán A, Tejero J, Apiquian R, Lóyzaga C et al. Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud Mental* 2002;25:72-78.
10. Link B, Cullen F, Frank J, Wozniak J. The social rejection of ex-mental patients: understanding why labels matter. *Am J Sociology* 1987;92:1461-1500.
11. Link B, Phelan J, Bresnahan M, Stueve A et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999;89:1328-1333.
12. Penn D, Gynan K, Daily T, Spaulding W et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophr Bull* 1994;20(3):567-578.
13. Steadman H. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:1-9.
14. Depla M, De Graaf R, Van Weeghel J, Heeren T. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:146-153.
15. Sirey J, Bruce M, Alexopoulos G, Perlick D et al. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv* 2001;52:1615-1620.
16. Monahan J, Steadman H. Crime and mental illness: an epidemiological approach. En: Tonry NMM (ed). *Crime and justice*. Vol 4. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1983.
17. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002;180:490-495.
18. Wessely S. The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997;(Supl):8-11.
19. Wessely S, Taylor P. Madness and crime: criminology or psychiatry? *Criminal Behavior Mental Health* 1991;1:193-228.

20. Martin J, Noval D, Morinigo A, García de la Concha J. Factores predictores de agresividad en esquizofrénicos hospitalizados. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(3):151-155.
21. Nordström A, Kullgren A. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:326-330.
22. Stueve A, Link B. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study in Israel. *Psychiatr Q* 1997;68:327-342.
23. Swanson J, Holzer C 3rd, Ganju V, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital Community Psychiatry* 1990;41:761-770.
24. Coid J. Dangerous patients with mental illness: increased risks warrant new policies, adequate resources and appropriate legislation. *BMJ* 1996;312:965-966.
25. Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:69-82.
26. Arens E, Berger C, Lincoln T. Stigmatization of patients with schizophrenia: the influence of university courses on the attitudes of prospective psychologists and doctors. *Nervenarzt* 2009;80:329-339.
27. Fernando S, Deane F, McLeod H. Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:733-739.
28. Mental Health Foundation. Pull yourself together: a survey of the stigma and discrimination faced by people who experience mental distress. London: Mental Health Foundation; 2000.
29. Schulze B, Angermeyer M. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003;56:299-312.
30. Jorm A. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:196-401.
31. Lam A, Jorm A, Wong D. Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness. *Int J Ment Health Syst* 2010;4:18.
32. Fresán A, Robles R, Berlanga C, Cota M. Género y alfabetización en salud mental. Trabajo de investigación presentado en el simposio: Tratamientos sensibles al género y la cultura para los problemas de salud mental pública. 15th World Congress of Psychiatry, Asociación Mundial de Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina; 18-22 de septiembre de 2011.
33. Ng P, Chan K. Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry* 2000;46:79-88.
34. Fresan A, Robles-García R, De Benito L, Saracco R et al. Development and psychometric properties of a brief instrument to measure the stigma of aggressiveness in schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38:340-344.
35. Angermeyer M, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 1996;43(12):1721-1728.
36. Stuart H, Arboleda-Flóres J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001;46:245-252.
37. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:63-67.
38. Corrigan P, Watson A. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Ment Health J* 2007;43:439-458.
39. Crisp A, Gelder M, Rix S, Meltzer H et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177:4-7.
40. Bowman J. Attitudes toward disabled persons: social distance and work competence. *J Rehabil* 1987;53:41-44.
41. Economou M, Richardson C, Gramandani C, Stalikas A et al. Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55:361-371.
42. Jorm A, Griffiths K. The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:315-321.
43. Marie D, Miles B. Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:126-133.
44. Pescosolido B, Martin J, Long J, Medina T et al. A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010;167:1321-1330.
45. Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V et al. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:658-665.
46. Robles R, Fresán A, Cota M, Vargas I et al. Efectividad de la psicoeducación sobre agresión y peligrosidad con o sin video testimonial para la reducción del estigma hacia las personas con esquizofrenia en estudiantes de pregrado de medicina. Trabajo presentado en la XXVI Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F., 12 al 14 de octubre de 2011.

Artículo sin conflicto de intereses